

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3671/2008

ATAS/296/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mars 2011

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur C _____, domicilié à Genève

recourant

contre

INTRAS ASSURANCE-MALADIE, Droit & Compliance,
Tribtschenstrasse 21, case postale 2568, 6002 Luzern

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. M. C _____ (ci-après : l'assuré) est affilié depuis 2005 auprès de INTRAS caisse-maladie (ci-après : la caisse) selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal).
2. L'assuré a bénéficié d'un subside partiel alloué par le Service de l'assurance-maladie (SAM) en 2005 et 2006.
3. La caisse a envoyé à l'assuré des rappels pour le paiement de la prime d'assurance LAMal pour les mois de mars, avril et mai 2008 (373 fr. 60 et 20 fr. de frais par rappel).
4. Par décision du 30 juin 2008, le SAM a informé l'assuré que pour l'année 2008, aucun subside n'était dû en raison du fait que son RDU selon sa taxation 2006 était supérieur à la norme prévue.
5. Le 1^{er} septembre 2008, un commandement de payer les primes de mars à mai 2008 ainsi que les frais de rappel et de dossier (120 fr.), soit un total de 1'240 fr. 80 a été notifié à l'assuré, lequel y a fait opposition.
6. Par décision du 20 septembre 2008, la caisse a levé l'opposition faite par l'assuré au commandement de payer poursuite n° 08 872409 B.
7. Le 1^{er} octobre 2008, l'assuré a fait opposition à cette décision en faisant valoir qu'il devrait recevoir une subvention de la part du SAM pour 2008.
8. Par décision du 8 octobre 2008, la caisse a rejeté l'opposition de l'assuré en se référant aux procédures identiques pendantes devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (A/2691/2008 et A/1761/2008).
9. Le 13 octobre 2008, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en se référant aux dites procédures pendantes et en faisant valoir qu'une procédure était en cours auprès du SAM, qu'il avait droit au subside 100 % dès 2006, que la levée de l'opposition à la poursuite devait être refusée et la présente procédure suspendue dans l'attente des décisions du SAM.

Cette procédure a été enregistrée sous le n° A/3671/2008.
10. Le 31 octobre 2008, la caisse a conclu à la suspension de la procédure.
11. Par ordonnances des 3 novembre 2008 et 18 janvier 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a suspendu la cause.
12. Le 26 janvier 2011, la caisse a requis la reprise de la procédure.

13. Par ordonnance du 31 janvier 2011, la Cour de céans a repris la procédure.
14. Le 21 février 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours et au prononcé de la mainlevée de l'opposition poursuite à hauteur de 1'240 fr. 80 avec intérêt à 5 % sur le montant de 1'120 fr. 80.
15. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours formé le 13 octobre 2008 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
3. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 265 consid. 3b p. 268, et la référence). Aussi consacre-t-elle le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal).

Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrir ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP.

Aux termes de l'art. 65 al. 1 LAMal, les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. La jurisprudence considère que les cantons jouissent d'une grande liberté dans l'aménagement des réductions de primes, dans la mesure où ils peuvent définir de manière autonome ce qu'il faut entendre par « condition économique modeste ». En effet, les conditions auxquelles sont soumises les réductions de primes ne sont pas réglées par le droit fédéral, du moment que le législateur a renoncé à préciser la notion d'« assurés de condition économique modeste ». Aussi, le Tribunal fédéral des assurances a-t-il jugé que les règles édictées par les cantons en matière de réduction des primes dans l'assurance-maladie constituent du droit cantonal autonome (ATF 131 V 202 consid. 3.2 p. 207, et les références).

La procédure d'octroi du subside destiné à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie relève ainsi exclusivement du droit cantonal. Certes les assureurs sont-ils tenus de fournir, sur demande de l'autorité compétente, les renseignements et documents nécessaires à la fixation de la réduction des primes (art. 82 LAMal). Ils ne jouissent pour le reste pas de prérogatives particulières dans ce domaine; en particulier, ils ne sont pas parties à la procédure devant l'autorité cantonale compétente en matière d'octroi de subsides et les décisions prises à ce sujet ne sauraient créer ni droit ni obligation en leur faveur ou à leur détriment. Lorsqu'il octroie un subside destiné à la réduction des primes d'assurance-maladie, le canton se substitue, totalement ou partiellement, à l'assuré pour le paiement de ses primes. Dès que le droit au subside prend fin, l'assuré redevient débiteur du montant total de la prime fixé par l'assureur (art. 61 al. 1 LAMal). S'il s'avère a posteriori qu'un subside a été bonifié par erreur à un assuré, l'assureur subit un préjudice financier et est tenu, dans les limites du délai légal de prescription, de recouvrer le montant de primes demeuré impayé (cf. consid. 4.2).

4. En l'espèce, le recourant ne conteste pas en tant que tel le montant réclamé mais estime que la poursuite doit être suspendue dans l'attente du résultat de la procédure pendante par devant le SAM, laquelle dépend de celle initiée auprès de l'administration fiscale cantonale, actuellement pendante auprès de la Commission cantonale de recours en matière administrative.
5. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la caisse n'a tenu compte d'aucun subside pour 2008, conformément aux indications du SAM. Le recourant est ainsi débiteur des primes 2008 telles qu'arrêtées par la caisse. De la même manière que s'il s'avère a posteriori qu'un subside a été bonifié par erreur, l'assuré redevient débiteur du montant total de la prime (arrêt K 13/2006 précité), s'il s'avère à postériori que le recourant aura droit à un subside pour 2008, il deviendra créancier de l'intimée, à hauteur du subside accordé et versé à celle-ci.

Pour ces raisons, la poursuite est justifiée dès lors qu'elle se rapporte aux primes dues de mars à mai 2008 restées impayées, dont le montant n'est en lui-même pas

contesté, ainsi qu'aux frais de rappel, lesquels sont prévus par l'art. 31 al. 3 des conditions de l'assurance obligatoire des soins MINIMA de la caisse (édition 2005), qui autorise celle-ci à facturer à l'assuré les frais qu'elle doit engager pour les procédures de rappel, de poursuite et de recouvrement de ses créances.

6. Dans sa réponse au recours, l'intimée réclame en outre un intérêt de 5 % sur la somme de 1'120 fr. 80 dès le 15 avril 2008.

Cependant, la décision litigieuse, qui se réfère à la poursuite ne comprend aucune demande d'intérêt moratoire, de sorte que cette question ne fait pas partie de l'objet du présent litige, limité au bien fondé de la créance de 1'240 fr. 80 (cf. ATF du 27 mars 2008 9C 197/2007).

7. Le recours sera en conséquence rejeté et la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer prononcée.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Prononce la mainlevée de l'opposition faite au commande de payer
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le